

.....
Imię i nazwisko pracownika/przyjmującego zamówienie*

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

.....
Stanowisko

.....
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE
o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B
(Dotyczy konkursu ofert nr: **ZP**-.....)*

Niniejszym oświadczam, iż zostałam/zostałem zaszczepiona /zostałem zaszczepiony* pełnym cyklem (trzema dawkami lub więcej) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Pełna data lub co najmniej rok wykonania szczepienia:

.....
(I dawka)

.....
(II dawka)

.....
(III dawka)

.....
(IV dawka)

.....
(V dawka)

.....
(VI dawka)

Jestem świadoma/świadomy* skutków ewentualnej ekspozycji zawodowej w zakresie zakażeń: HIV, HBV i HCV, wynikających z narażenia na czynniki biologiczne.

.....
Data i podpis pracownika/przyjmującego zamówienie*

* niepotrzebne skreślić